

# **Transmuraal formularium diabetes mellitus type 2**

**2025**

**Zorggroepen: Stroomz, Pozob en Elan  
Ziekenhuizen: MMC, Anna Ziekenhuis, Catharina  
Ziekenhuis, Elkerliek Ziekenhuis en St. Jans Gasthuis**

## Inhoudsopgave

|                                                                                                                                |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Bloedglucose verlagende behandeling.....                                                                                       | 3  |
| Niet medicamenteuze adviezen .....                                                                                             | 3  |
| Medicamenteuze behandeling .....                                                                                               | 4  |
| 1. Stappenplan bij patiënten met diabetes mellitus type 2 ZONDER een zeer hoog risico op (recidief) hart- en vaatziekten.....  | 5  |
| 2. Stappenplan bij patiënten met diabetes mellitus type 2 en een zeer hoog risico op (recidief) hart- en vaatziekten .....     | 6  |
| 3. Toevoegen van een SGLT2-remmer of GLP1-RA bij patiënten, die al behandeld worden met bloedglucose verlagende medicatie..... | 8  |
| Tabel 1: Bloedglucose verlagende medicatie uit het stappenplan .....                                                           | 9  |
| Tabel 2: Aanpassing dosering bij verminderde nierfunctie .....                                                                 | 10 |
| Leden van de werkgroep transmuraal formularium DM2 2025.....                                                                   | 10 |

## Bloedglucose verlagende behandeling

### Streefwaarde HbA1c

| Leeftijd < 70 jaar                             | Ongeacht diabetesduur                             |                       |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------|
|                                                | ≤53 mmol/mol                                      |                       |
| Leeftijd ≥70 jaar                              | Diabetesduur <10 jaar                             | Diabetesduur ≥10 jaar |
| Leefstijladvisering of stap 1 behandeling      | ≤53 mmol/mol                                      | ≤53 mmol/mol          |
| Vanaf stap 2 behandeling                       | 54-58 mmol/mol                                    | 54-64 mmol/mol        |
| Kwetsbare oudere of beperkte levensverwachting | Ongeacht diabetesduur of medicatie                |                       |
|                                                | 53-69 mmol/mol of bloedglucosewaarden 6-15 mmol/l |                       |

### Niet medicamenteuze adviezen

Leefstijlfactoren als overgewicht en te weinig lichaamsbeweging spelen een belangrijke rol in het ontstaan en de progressie van diabetes mellitus type 2. Het nastreven van een betere leefstijl vormt daarom de basis van de behandeling en blijft belangrijk gedurende het hele ziektebeloop.

- **Stoppen met roken**
- **Voldoende bewegen**

Streef naar minimaal 2,5 uur matig-intensief bewegen per week. Ook zonder gewichtsverlies heeft dit een gunstig effect op de glykemische instelling en op de sterfte aan hart- en vaatziekten. Voor de meeste patiënten is stevig wandelen, fietsen of zwemmen het gemakkelijkst haalbaar. Combineer dit bij voorkeur met twee maal per week spier- en botversterkende activiteiten, voor ouderen gecombineerd met balansoefeningen.

- **Gewichtsverlies**

Adviseer patiënten met overgewicht om af te vallen.

- **Gezonde voeding**

Geef een voedingsadvies gebaseerd op de Richtlijnen Goede Voeding. Dit betekent vooral minder gebruik van verzadigd vet en meer gebruik van onverzadigd vet en vezelrijke koolhydraten (vooral groente en fruit) met daarnaast geen of weinig alcohol (maximaal één consumptie per dag). Bij voorkeur wordt de patiënt voor advies en begeleiding verwezen naar een diëtist.

Ondersteuning door gecombineerde leefstijlprogramma's, zoals Cool en Keer Diabetes2 Om kan bij een deel van de patiënten van grote waarde zijn. De kans op remissie van diabetes is het grootst in de eerste 6 jaar na de diagnose. Bij overgewicht of obesitas is herstel van de onderliggende metabole ontregeling het belangrijkste behandeldoel, waarbij gewichtsverlies (10-15%) met vooral vermindering van de buikomvang een grote impact heeft.

## Medicamenteuze behandeling

Start met bloedglucose verlagende medicatie indien het niet lukt om **binnen 3-6 maanden** met een niet-medicamenteuze behandeling een HbA1c van  $\leq 53$  mmol/mol te bereiken, tenzij vooraf duidelijk is dat dit niet haalbaar zal zijn, bijv. bij een sterke glykemische onregeling of onmogelijkheid om leefstijl te veranderen.

### Stappenplan medicamenteuze behandeling:

Algemene toelichting stappenplan:

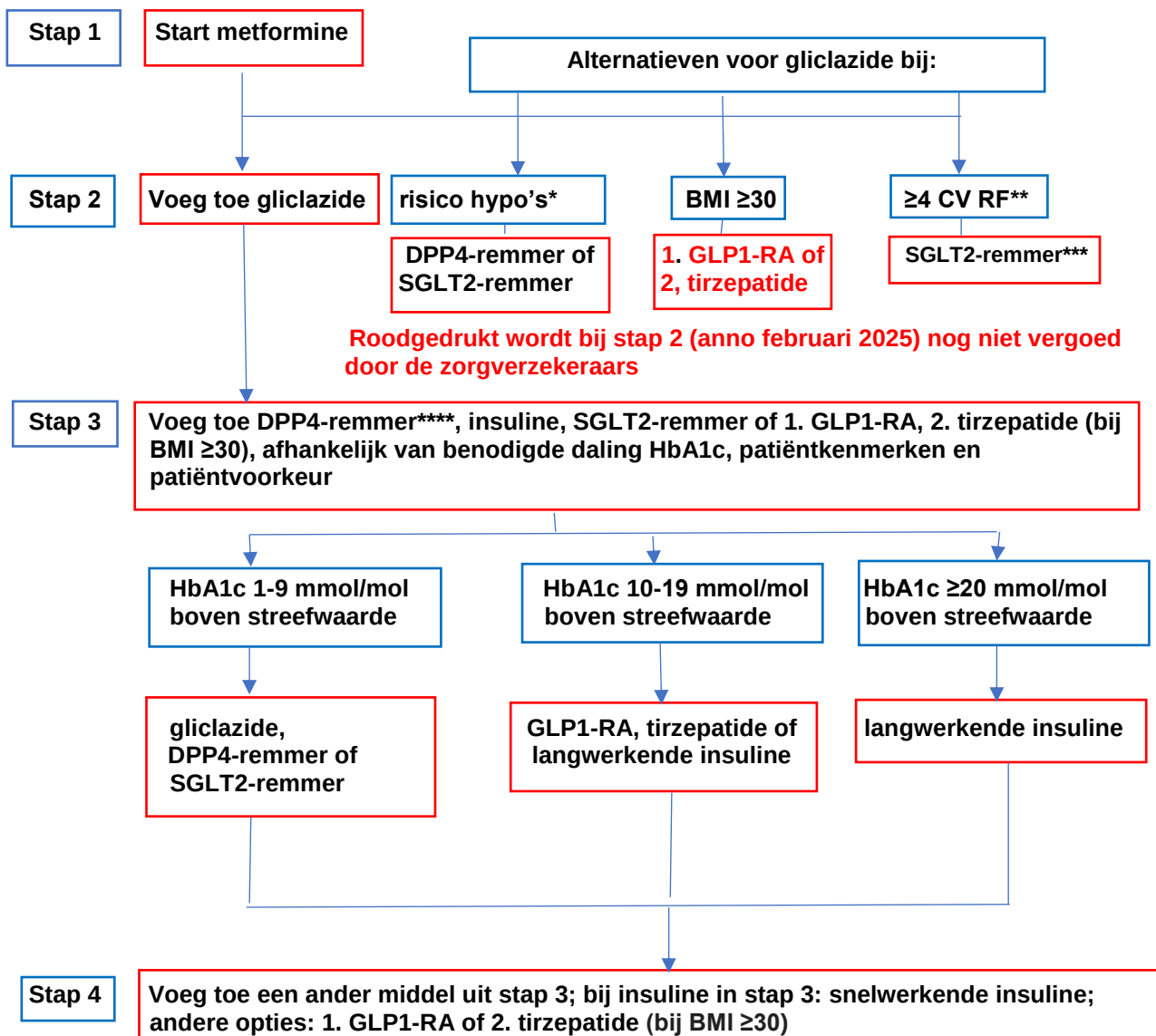
- Bij elk consult en zeker voorafgaande aan een nieuwe stap in de behandeling: besteed opnieuw aandacht aan het belang van leefstijl (interventies) en aan een juist gebruik van de medicatie
- Bij kwetsbare ouderen en patiënten met een korte levensverwachting (arbitrair  $< 5$  jaar) is het behandel doel met name gericht op het voorkómen van symptomatische hypo-/ hyperglykemie en het behoud van kwaliteit van leven. Het stappenplan is met name gericht op het voorkómen van lange termijn complicaties in de toekomst en is om die reden niet strikt van toepassing op deze subgroep
- Maak in het stappenplan onderscheid tussen:
  - Patiënten met een zeer hoog risico op (recidief) hart- en vaatziekten, die niet kwetsbaar zijn en een levensverwachting  $> 5$  jaar en een  $\text{eGFR} > 10$  ml/min/1,73m<sup>2</sup> hebben
  - Overige patiënten, zonder een zeer hoog risico op (recidief) hart- en vaatziekten

Zeer hoog risicopatiënten (alleen indien niet kwetsbaar, met levensverwachting  $> 5$  jaar en met  $\text{eGFR} > 10$  ml/min/1,73m<sup>2</sup>):

|                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Patiënten met eerder doorgemaakte hart- en vaatziekten                                  | Acuut coronair syndroom<br>Angina pectoris<br>Coronaire revascularisatie<br>TIA of beroerte<br>Symptomatische aorta-iliofemorale atherosclerose<br>Aorta-aneurysma<br>Claudicatio intermittens of perifere revascularisatie<br>Bij beeldvorming aangetoonde atherosclerotische stenose of ischemie |
| Patiënten met chronische nierschade met matig tot sterk verhoogd cardiovasculair risico | $\text{eGFR} \geq 60$ ml/min/1,73m <sup>2</sup> met $\text{ACR} > 30$ mg/mmol<br>$\text{eGFR} 45-59$ ml/min/1,73m <sup>2</sup> met $\text{ACR} > 3$ mg/mmol<br>$\text{eGFR} 10-44$ ml/min/1,73m <sup>2</sup>                                                                                       |
| Patiënten met hartfalen                                                                 | Alle vormen van hartfalen, onafhankelijk van de ejectiefractie                                                                                                                                                                                                                                     |

- Betrek onderstaande factoren in het plan van aanpak:
  - aanwezigheid van micro-en/of macrovasculaire complicaties
  - comorbiditeit
  - mate van kwetsbaarheid
  - risico's van eventuele hypoglykemie
  - levensverwachting
  - haalbaarheid en motivatie van de patiënt
- Start orale bloedglucose verlagende middelen in een lage dosering
- Verhoog de dosering elke 2-4 weken aan de hand van de nuchtere bloedglucosewaarden
- Ga **binnen 3-6 maanden** over naar volgende stap als ophoging van de dosering door bijwerkingen of door het bereiken van de maximale dosering niet meer mogelijk is **én het HbA1c boven de streefwaarde ligt of de streefwaarde nadert.**
- Ga ook over naar de volgende stap indien behandeling met één van de middelen uit het stappenplan op bezwaren (bijwerkingen, contra-indicaties, interacties)
- Overweeg de medicatie af te bouwen bij kwetsbare ouderen en bij mensen met een beperkte levensverwachting

# 1. Stappenplan bij patiënten met diabetes mellitus type 2 ZONDER een zeer hoog risico op (recidief) hart- en vaatziekten



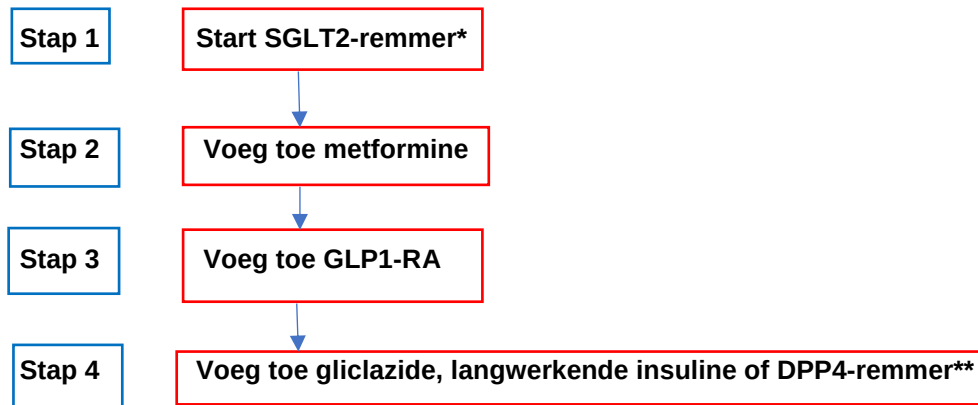
\* bij patiënten waarbij het optreden van een hypoglykemie een groot bezwaar of risico vormt (bijv. bij beroepsmatige verkeersdeelnemers)

\*\* CV RF(cardiovasculaire risicofactoren): roken, slecht gereguleerde bloeddruk ondanks medicatie, LDL-cholesterol aanzienlijk boven de streefwaarde ondanks medicatie, leeftijd 60 jaar of ouder, CNS met een mild verhoogd cardiovasculair risico (eGFR ≥ 60 met ACR 3-30 of eGFR 45-59 met ACR < 3)

\*\*\* bij contra-indicatie voor SGLT2-remmer en bij eGFR < 20: start GLP1-RA

\*\*\*\* DPP4-remmer niet in combinatie met GLP1-RA of tirzepatide, is niet effectief

## 2. Stappenplan bij patiënten met diabetes mellitus type 2 EN een ZEER HOOG RISICO op (recidief) hart- en vaatziekten (alleen indien niet kwetsbaar, met levensverwachting >5 jaar en met eGFR>10 ml/min/1,73m<sup>2</sup>)



\* bij contra-indicatie voor SGLT2-remmer en bij een eGFR <20: start GLP1-RA; bij hartfalen is een SGLT2-remmer ook bij een levensverwachting korter dan 5 jaar zinvol (minder klachten, mindere ZH-opnames vanwege hartfalen)

\*\* DPP4-remmer niet in combinatie met GLP1-RA, is niet effectief

**Van tirzepatide is het cardiovasculaire voordeel (nog) niet aangetoond. Het onderzoek hiernaar wordt in 2027 afgerond.**

### Toelichting bij het gebruik van de middelen uit het stappenplan:

#### Metformine

- Dosering 500-3000 mg (optimale dosering: 2 dd 1000 mg, bij BMI >30 evt. 3 dd 1000 mg)
- Start: 1<sup>e</sup> week 1 dd 500 mg, 2<sup>e</sup> week 2 dd 500 mg
- Beschermende effect voor HVZ is aangetoond vanaf 850 mg/dag
- Staak het gebruik (tijdelijk) bij ernstige diarree, braken, dehydratie of koorts (risico op lactatacidose). Wees hierop extra alert bij een eGFR < 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>.
- Pas de dosering aan bij een gedaalde nierfunctie: eGFR 10-30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>: max. 1 dd 500 mg, eGFR 30-50 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>: 2 dd 500 mg, zo nodig verhogen tot de normale maximale dosering, wees alert op dehydratie
- Overweeg bij bijwerkingen bij gebruik van 'gewone' metformine of ter verhoging van de therapietrouw te starten met metformine met gereguleerde afgifte: start 1 dd 500 mg bij de avondmaaltijd, verhoog zo nodig stapsgewijs tot de optimale dosering: 1 dd 2000 mg bij de avondmaaltijd

#### Gliclazide

- Gliclazide heeft de voorkeur boven de andere SU-derivaten. Glibenclamide wordt ontraden
- Dosering gliclazide: 1-3 dd 80 mg of 1 dd 1-4 tab à 30 mg
- Vervang bij eGFR <50 en/of bij hypoglykemie glimepiride door gliclazide; wees hier met name alert op bij ouderen vanaf ca. 70 jaar

#### GLP1-RA

- De voorkeur gaat uit naar semaglutide (1x/week s.c) vanwege de grootste daling van HbA1c en gewicht. Alternatieven: dulaglutide (1x/week s.c.), liraglutide (1x/dag s.c) of semaglutide (1x/dag oraal).
- Dosering en gebruikadvies orale vorm: zie tabel 1
- Het is belangrijk om patiënten te vertellen om minder te eten dan ze gewend zijn, langzaam te eten, goed te kauwen en bij het eerste gevoel van verzadiging te stoppen met eten

- Verwijs de patiënt vóór de start met een GLP1-RA naar een diëtist met als vraagstelling om het huidige voedingspatroon in kaart te brengen. Daarnaast is het van belang dat de diëtist voedingsadviezen geeft, zodat misselijkheidsklachten en obstipatie zoveel mogelijk worden voorkomen en er een volwaardig voedingspatroon genuttigd wordt. Een koolhydraatbeperkte voeding versterkt het effect van een GLP1-RA.
- Voldoende beweging is van belang om spierverlies te voorkomen

#### Advies bij gebruik van GLP1-RA:

**Geef geen GLP1-RA bij een eGFR <10 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, pancreas- of medullair schildkliercarcinoom in de voorgeschiedenis, ernstige leverinsufficiëntie of ernstig hartfalen. Wees terughoudend bij een pancreatitis in de voorgeschiedenis en bij een bekende diabetische gastroparese. Evalueer het gebruik na 6 maanden en stop bij een daling van het HbA1c <5 mmol/mol. Dit laatste geldt niet voor de groep patiënten met een zeer hoog risico op (recidief) hart- en vaatziekten.**

#### Tirzepatide (GLP1-/GIP-RA)

- De enige GLP1-/GIP-RA is tirzepatide
- Dosering: zie tabel 1
- Het is belangrijk om patiënten te vertellen om minder te eten dan ze gewend zijn, langzaam te eten, goed te kauwen en bij het eerste gevoel van verzadiging te stoppen met eten
- Verwijs de patiënt vóór de start met tirzepatide naar een diëtist met als vraagstelling om het huidige voedingspatroon in kaart te brengen. Daarnaast is het van belang dat de diëtist voedingsadviezen geeft, zodat misselijkheidsklachten en obstipatie zoveel mogelijk worden voorkomen en er een volwaardig voedingspatroon genuttigd wordt. Een koolhydraatbeperkte voeding versterkt het effect van tirzepatide
- Voldoende beweging is van belang om spierverlies te voorkomen
- Het gebruik van een tirzepatide wordt anno 2025 vergoed bij DM2 met een BMI ≥30 en maximaal verdraagbare dosering van metformine en een SU-derivaat (met een eigen bijdrage).

#### Advies bij gebruik van GLP1-RA en tirzepatide:

**Geef geen GLP1-RA of tirzepatide bij een eGFR <10 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, pancreas- of medullair schildkliercarcinoom in de voorgeschiedenis, ernstige leverinsufficiëntie of ernstig hartfalen. Wees terughoudend bij een pancreatitis in de voorgeschiedenis en bij een bekende diabetische gastroparese. Evalueer het gebruik na 6 maanden en stop bij een daling van het HbA1c <5 mmol/mol. Dit laatste geldt niet voor een GLP1-RA bij de groep patiënten met een zeer hoog risico op (recidief) hart- en vaatziekten.**

#### SGLT2-remmer

- De voorkeur gaat uit naar dapagliflozine of empagliflozine.
- Dosering: zie tabel 1
- Bij start met een SGLT2-remmer treedt meestal een (tijdelijke) daling van de eGFR op (30% daling is acceptabel). Controle van de nierfunctie na de start met een SGLT2-remmer is niet nodig.

#### Advies bij gebruik SGLT2-remmer:

**Geef geen SGLT2-remmer bij een eGFR <20 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, alcoholisme, ondervoeding, intermitterend vasten, sterk KH-beperkt dieet (<70 gram KH/dag), actief voetulcus of recidiverende genitale (mycotische) infecties. Staak het gebruik bij het ontstaan van een voetulcus, bij het ontstaan van een gangreen van Fournier (een zeldzame infectie, gekenmerkt door pijn, roodheid of zwelling in het genitale of perineale gebied in combinatie met koorts) of bij een verdenking op een (diabetische) ketoacidose. Bespreek met de patiënt de risicofactoren en symptomen van ketoacidose en informeer de patiënt over de noodzaak om inname van een SGLT2-remmer (tijdelijk) te staken bij een dreigende dehydratie, een grote operatieve ingreep, een ernstige acute ziekte. Adviseer om in deze gevallen contact op te nemen met de behandelend arts. Zie toe op een goede voetcontrole.**

#### DPP4-remmer

- De voorkeur gaat uit naar sitagliptine of linagliptine.
- Dosering: zie tabel 1

#### Insuline

- Voeg toe **(middel) lang werkende insuline: glargine of NPH-insuline**
- Bij (bij voorkeur gedocumenteerde) hypoglykemieën:
  - probeer de oorzaak te achterhalen: gewijzigd inspannings- of eetpatroon, gewichtsverlies, injectietechniek (te diepe injectie, niet zwenken van NPH-insuline), lipodystrofie op injectieplaatsen, doseringsfouten, overmatig alcoholgebruik
  - bij gecombineerd gebruik van insuline met een SU-derivaat: verlaag de dosering van het SU-derivaat, vervang glimepiride door gliclazide
  - staak het gebruik van het SU-derivaat bij onvoldoende effect, pas zo nodig de insulinedosering aan
  - bij geobjectiveerde nachtelijke hypoglykemie geldt: zorg voor een bloedglucose van  $>8$  mmol/l voor de nacht
  - bij onvoldoende effect: vervang, indien van toepassing, de NPH-insuline door een langwerkend insuline analoog (insuline glargine 100 E/ml)

Voor de praktische toepassing van insuline en uitgebreidere informatie over de behandeling met insuline: zie [Protocol en stroomdiagrammen voor insulinebehandeling](#)

Voor ultralang werkende insuline degludec en geconcentreerde langwerkende insuline analoog (insuline glargine 300 E/ml) is een zeer beperkte plaats bij de behandeling. Zie hiervoor het [Stappenplan voorschrijven insuline volgens formularium](#).

### 3. Toevoeging van een SGLT2-remmer of GLP1-RA bij patiënten, die al behandeld worden met bloedglucose verlagende medicatie

**Bij alle patiënten met DM2 (ongeacht de hoogte van het HbA1c) en een zeer hoog risico op (recidief) hart- en vaatziekten wordt geadviseerd om een SGLT2-remmer toe te voegen (bij contra-indicaties een GLP1-RA) als zij al medicamenteus behandeld worden conform het stappenplan patiënten met een normaal verhoogd risico. In een aantal situaties is dosisaanpassing van bloedglucose verlagende middelen bij toevoegen van SGLT2-remmer of GLP1-RA noodzakelijk. **Pas de medicatie aan bij een HbA1c  $<64$  mmol/mol en gebruik SU-derivaten of insuline:****

- Bij gebruik SU-derivaten: stop gliclazide 1 dd 30 of 80 mg, glimepiride 1 dd 2 mg of tolbutamide 1-2 dd 500 mg; halveer de dosering bij gebruik hogere doseringen
- Bij gebruik basale insuline (1 dd): stop insuline bij gebruik  $<12$  eenheden; bij  $>12$  eenheden: verlaag de dosering met 20%
- Bij gebruik van bolus insuline: verlaag elke toediening met 20%



**Tabel 1: Bloedglucoseverlagende medicatie uit het stappenplan**

| Stofnaam                 | Preparaat                                                                                                  | Dosering                                                                                                                                                        | Gebruiksadvies                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Metformine</b>        | Metformine<br>Tab. 500, 850, 1000 mg                                                                       | 1 <sup>e</sup> week: 1 dd 500 mg, 2 <sup>e</sup> week 2 dd 500 mg; max. 2 dd 1000 mg, bij BMI >30: max. 3 dd 1000 mg                                            | Tijdens of na de maaltijd<br>Contact opnemen bij braken, koorts, ernstige diarree                                                                                                                      |
|                          | Tab mga 500, 750, 1000 mg                                                                                  | Start 1 dd 500 mg, max 1 dd 2000 mg                                                                                                                             | Bij de avondmaaltijd                                                                                                                                                                                   |
| <b>SU-derivaten</b>      |                                                                                                            |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Gliclazide</b>        | Gliclazide<br>Tab. (mga) 80 mg<br>Tab. (mga) 30, 60 mg                                                     | 1-3 dd 80 mg<br>1 dd 1-4 tab à 30 mg                                                                                                                            | 1-3 dd 80 mg bij de maaltijd<br>1 dd 30-120 mg bij ontbijt<br>Wissel niet tussen de 30 en 80 mg tablet en combineer ze niet                                                                            |
| <b>Insuline</b>          |                                                                                                            |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                        |
| <b>NPH-insuline</b>      | Insulatard®, Humuline NPH®, Insuman basal®<br>100 E/ml                                                     | Startdosering 1 dd 10 E, individueel instellen op geleide van de nuchtere bloedglucosespiegel                                                                   | 1 dd tussen avondeten en bedtijd, subcutaan in dij, bovenarm of buikwand                                                                                                                               |
| <b>Insuline glargine</b> | Abasaglar®, Lantus®<br>100 E/ml                                                                            | Startdosering 1 dd 10 E, individueel instellen op geleide van de nuchtere bloedglucosespiegel                                                                   | 1 dd op vast tijdstip, subcutaan in dij, bovenarm of buikwand                                                                                                                                          |
| <b>DPP4-remmers</b>      |                                                                                                            |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Sitagliptine</b>      | Januvia®<br>Tab. 25/50/100 mg                                                                              | 1 dd 100 mg                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Linagliptine</b>      | Trajenta®<br>Tab. 5 mg                                                                                     | 1 dd 5 mg                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                        |
| <b>GLP1-RA</b>           |                                                                                                            |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Liraglutide</b>       | Victoza®<br>Injectievloeistof 6 mg/ml                                                                      | 0,6 mg na minimaal 1 week<br>1 dd 1,2 mg. Enkele patiënten kunnen baat hebben bij verhoging naar 1,8 mg                                                         | 1 dd op vast tijdstip, subcutaan in dij, bovenarm of bovenarm                                                                                                                                          |
| <b>Dulaglutide</b>       | Trulicity®<br>Injectievloeistof 1,5 mg/ml (0,5 ml), 3 mg/ml (0,5 ml), 6 mg/ml (0,5 ml) of 9 mg/ml (0,5 ml) | Monotherapie: 0,75 mg<br>Combinatietherapie: 1,5 mg; zo nodig dosering na 4 weken verhogen, max. dosering 4,5 mg.<br><b>Bij ouderen begint dosering 0,75 mg</b> | 1x/week, subcutaan in dij, buik of bovenarm                                                                                                                                                            |
| <b>Semaglutide</b>       | Ozempic®<br>Injectievloeistof 1,34 mg/ml                                                                   | Startdosering: 0,25 mg, na 4 weken verhogen naar 0,50 mg, na tenminste 4 weken zo nodig verhogen naar 1 mg                                                      | 1x/week subcutaan in dij, buikwand of bovenarm                                                                                                                                                         |
| <b>Semaglutide</b>       | Rybelsus®<br>Tab. 3, 7, 14 mg                                                                              | Startdosering: 1 dd 3 mg, na 4 weken verhogen naar 1 dd 7 mg, na 4 weken zo nodig verhogen naar 1 dd 14 mg                                                      | Tab. innemen (zonder breken, pletten of kauwen) met max. een half glas water, op een lege maag. Na inname ten minste 30 minuten wachten met drinken, eten of inname van andere orale geneesmiddelen    |
| <b>GLP1-/GIP-RA</b>      |                                                                                                            |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Tirzepatide</b>       | Mounjaro®<br>Injectievloeistof 2,5/5/7,5/10/12,5/15 mg                                                     | Startdosering: 2,5 mg, na 4 weken verhogen naar 5 mg, daarna zo nodig, in stappen van 2,5 mg met minimaal 4 weken interval, verhogen naar 10 of 15 mg           | 1x/week subcutaan in dij, buikwand of bovenarm                                                                                                                                                         |
| <b>SGLT2-remmers</b>     |                                                                                                            |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Dapagliflozine</b>    | Forxiga®<br>Tab. 5, 10 mg                                                                                  | 1 dd 10 mg                                                                                                                                                      | Instrueer patiënt om contact op te nemen bij elke situatie waarin de voedselinname sterk verminderd is, bij koorts, misselijkheid en braken, extreme dorst en voorafgaand aan een chirurgische ingreep |
| <b>Empagliflozine</b>    | Jardiance®<br>Tab. 10, 25 mg                                                                               | Startdosering 1 dd 10 mg, zo nodig verhogen naar 1 dd 25 mg                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                        |

**Tabel 2: Aanpassing dosering bij verminderde nierfunctie**

|                                     |                                                                                                                         |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Metformine                          | eGFR 10-30 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> : max. 1 dd 500 mg<br>eGFR 30-50 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> : 2 dd 500 mg*        |
| Gliclazide/tolbutamide              | eGFR >10 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> : geen dosisaanpassing nodig                                                        |
| NPH-insuline/glargine               | Dosisaanpassing niet nodig (bij stabiel verminderde nierfunctie); insulinebehoefte kan afnemen bij nierinsufficiëntie   |
| Sitagliptine                        | eGFR 10-30 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> : 1 dd 25 mg<br>eGFR 30-50 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> : 1 dd 50 mg                |
| Linagliptine                        | eGFR >10 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> : geen dosisaanpassing nodig                                                        |
| Liraglutide/semaglutide/dulaglutide | eGFR >10 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> : geen dosisaanpassing nodig                                                        |
| <b>Tirzepatide</b>                  | eGFR >10 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> : geen dosisaanpassing nodig                                                        |
| Dapagliflozine                      | eGFR >10 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> : geen dosisaanpassing nodig.<br>Start niet bij eGFR <25 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> |
| Empagliflozine                      | eGFR >10: geen dosisaanpassing nodig<br>Start niet bij eGFR <20 ml/min/1,73 m <sup>2**</sup>                            |

\* Bij start metformine bij eGFR 30-50 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> kan na start met 2 dd 500 mg de dosering opgehoogd worden tot de normale maximale dosering, wees alert op dehydratie.

## Leden van de werkgroep transmuraal formularium DM2 2025

**S. (Sjaam) Jainandunsing, internist Anna Ziekenhuis**

**M.M. (Mirjam) Oosterwerf-Suiker, internist Catharina Ziekenhuis**

**M.C.J. (Marion) Knippels, internist Elkerliek Ziekenhuis**

**R.J. (Ronald) Erdtsieck, internist MMC**

**L. (Laura) Kuijpers-Mannaerts, internist St. Jans Gasthuis**

**D. (Diederik) van Lieshout, apotheker Pozob**

**R. (Ruud) Tolboom, apotheker Stroomz**

**I. (Ilse) Herfst, kaderhuisarts diabetes Stroomz**

**F. (Fianne) van Cleef, kaderhuisarts diabetes Elan**

**N. (Nikol) Snoeren, kaderhuisarts diabetes Pozob**

**J. (Jaap) Kroon, stafarts diabetes Pozob**